

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者証 記号番号	07-	区分	一般・退職
認定対象者		男・女	年 月 日
疾病名	1. 人工透析を行う必要のある慢性腎不全 2. 血友病 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (HIV感染を含み、厚生労働大臣の定めるものに係るものに限る)		

医師の 意見欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。
	年 月 日
	所在地
	医療機関 名称
	医師名

上記のとおり特定疾病療養受療証の交付を申請します。

年 月 日

住所 江津市
世帯主
氏名

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

個人番号

江津市長様